

# OS ATORES EXTERNOS, A BOA GOVERNANÇA E A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÁFRICA

Benjamin Uchenna Anaemene<sup>1</sup>

## Introdução

O período pós-Guerra Fria deu início a uma nova era na história da saúde global. O período testemunhou uma rápida proliferação de atores envolvidos em questões de saúde, com um aumento crescente no número de recursos disponíveis para iniciativas globais destinadas a melhorar a saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, incluindo os africanos. McColl encontrou em 2008 “mais de 40 doadores bilaterais, 26 agências da ONU, 20 fundos globais e regionais e 90 iniciativas ativas de saúde global” (McColl 2008). Essas iniciativas foram acompanhadas por recursos significativos. Estima-se que os investimentos financeiros globais em saúde aumentaram extraordinariamente de US\$ 5 bilhões em 1990 para cerca de US\$ 14 bilhões em 2005 (Ruger 2007) e US\$ 21,8 bilhões em 2007 (Ravishanka 2009).

O crescimento do envolvimento de atores externos no setor da saúde na África já era perceptível desde os anos 1990. A assistência externa é responsável por 16% do gasto total em saúde na África Subsaariana, muito mais alto do que em qualquer outra região do mundo (USAID 2008, 25). A título de exemplo, doadores bilaterais e multilaterais, conforme relatado pela OCDE, aumentaram de US\$ 3,9 bilhões em 2000 para US\$ 19,9 bilhões em 2009 seus auxílios à saúde (OCDE 2011). Em termos de distribuição geográfica, a África é o maior destinatário da assistência ao desenvolvimento da saúde, aproximadamente 40% do total da ajuda foi para o continente em 2009.

A experiência africana resulta de dois fatores. Primeiro, o Programa

---

<sup>1</sup> Doutor em História e Estudos Estratégicos pela Universidade de Lagos; Professor no Departamento de História e Estudos Internacionais, Universidade do Redentor (*Redeemer's University*), Nigéria. E-mail: [anaemeneb@run.edu.ng](mailto:anaemeneb@run.edu.ng)

de Ajuste Estrutural imposto pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) diante da grave crise econômica que os estados africanos enfrentaram nas décadas de 1970 e 1980 resultou em severos cortes nos gastos estatais em educação, saúde e outros recursos sociais, tornando inevitável a intervenção externa. O fracasso dos Estados em prover os serviços sociais levou à externalização da responsabilidade pela saúde e à proliferação de atores que trabalham no campo da saúde em todo o continente. O outro fator é o colapso do sistema da Guerra Fria e o crescimento da globalização, que provocou algumas transformações revolucionárias na saúde internacional. A consequência desse desenvolvimento é a frequência com que os estados abordam questões de saúde por meio de suas políticas externas; um reflexo do movimento da saúde das margens da *low politics* para uma situação em que a saúde agora está significativamente presente nas quatro funções da política externa: segurança nacional, economia global, desenvolvimento político e social e proteção e promoção da dignidade humana por meio do humanitarismo e políticas de direitos humanos (Fidler 2005, 3). Assim, combater as doenças dos países em desenvolvimento, particularmente dos africanos, tornou-se uma característica fundamental das políticas externas de muitos estados desenvolvidos. Segundo Garret, “alguns veem como um dever moral impedir a propagação do HIV / AIDS, da tuberculose, da malária, da gripe aviária e de outros grandes assassinos, alguns veem isso como diplomacia pública e alguns veem isso como um investimento em autoproteção, uma vez que os micróbios não têm fronteiras” (Garret 2007, 14)<sup>2</sup> (tradução nossa).

Aparentemente, o número crescente de atores externos tem sido acompanhado por uma arquitetura de assistência cada vez mais fragmentada e por uma diversidade de acordos de governança em escala nacional, desafiando os sistemas nacionais e a capacidade de gestão nos estados africanos (USAID 2008, 28). Além disso, muitas das iniciativas também carecem de mecanismos de responsabilização, transparência e avaliação no modo como operam nos países africanos. A questão principal, então, é como a boa governança pode ser institucionalizada e consolidada para garantir a maximização total dos benefícios das atividades desses atores para viabilidade futura. Sem sombra de dúvida, vários atores externos têm desempenhado papéis, que restringem ou promovem a assistência médica na África. A dinâmica do papel desempenhado por esses atores, seja negativa ou positiva, não é suficientemente estudada, analisada, valorizada e compreendida.

O argumento central deste artigo é que, apesar do fato de essa expansão

---

2 “some see stopping the spread of HIV/AIDS, tuberculosis, malaria, avian influenza and other major killers as a moral duty. Some see it as public diplomacy. And some see it as an investment in self-protection given that microbes know no bounds” (Garret 2007, 14)

ter tido consequências positivas e negativas na África, o debate sobre o papel dos atores externos na prestação de serviços de saúde na África se concentrou amplamente no grau em que eles deveriam participar, negligenciando a ênfase em como eles participam, sob quais condições e com quais consequências. O objetivo deste artigo é, portanto, examinar o envolvimento de atores externos (doadores bilaterais, organismos multilaterais e organizações internacionais não governamentais (OINGs)) na prestação de serviços de saúde na África, ilustrando a natureza, o padrão, as dimensões e a dinâmica de tais compromissos no contexto de preocupações populares com a boa governança.

## **Atores Externos na África**

Vários atores externos (estatais e não estatais) estão envolvidos na prestação de assistência à saúde na África, havendo um grande aumento no número e na diversidade dos atores envolvidos com a saúde global desde os anos 90. A saúde é uma parte explícita e central das atribuições de alguns desses atores, mas mais e mais organizações com atribuições mínimas em relação à saúde estão implementando seus próprios programas. Os atores externos incluem:

### **1. Os Governos Nacionais**

No cerne do sistema estão os governos nacionais, com seus ministérios, departamentos ou agências especializadas em saúde, como os Institutos Nacionais de Saúde dos EUA e, no caso de nações doadoras, os programas de saúde de suas agências bilaterais de cooperação para o desenvolvimento. Agências bilaterais ativas no setor de saúde africano, que incluem o Departamento de Desenvolvimento Internacional (DFID) do Reino Unido, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), a Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional (CIDA) e a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), desempenharam papéis importantes na prestação de assistência em saúde aos países africanos através de acordos entre governos conhecidos como auxílios bilaterais (Walt, Buse & Harmer 2012). Além do financiamento direto ao governo, as agências bilaterais também canalizam recursos através de algumas agências da ONU, incluindo a OMS para projetos relacionados à saúde. Na década de 2000, o número de governos que fornecem auxílios bilaterais à África aumentou, incluindo a China, a Índia e os Estados do Golfo Pérsico, entre outros (SIX 2009).

### **2. O Sistema das Nações Unidas**

O Sistema das Nações Unidas é outro ator importante. A Organização

Mundial da Saúde (OMS) é a agência especializada em saúde designada pela ONU que deve desempenhar um papel de liderança na coordenação de atividades internacionais de saúde. A Organização Mundial da Saúde tem desempenhado um papel central no desenvolvimento da saúde da África desde o seu início em 1948. Ao fazer isso, a OMS também agiu além de sua atribuição original. Agora, juntam-se à OMS muitos outros participantes, alguns com principalmente uma função de investimento financeiro e outros com funções operacionais de política de finanças mistas. Como Ruger e Yach demonstraram:

Os debates sobre saúde saíram dos isolados departamentos de saúde e da OMS e regularmente fazem parte do G8 e de outras reuniões multilaterais. O Fórum Econômico Mundial patrocinou deliberações sobre questões de saúde desde HIV / AIDS e vacinas até obesidade e controle do tabaco. O Conselho de Segurança da ONU ao dirigir questões relacionadas ao HIV / AIDS, Malária e Tuberculose, à Fundação Bill e Melinda Gates e a empresas farmacêuticas como Merck, Pfizer, Novartis e GlaxoSmithKline concedeu a esses papéis mais importantes (Ruger & Yach 2009)<sup>3</sup> (Tradução nossa).

Outras organizações do sistema das Nações Unidas ativamente envolvidas na prestação de assistência à saúde nos países africanos são o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, (UNODCCP), o Programa das Nações Unidas sobre Aids (UNAIDS) e Banco Mundial. Por exemplo, o PNUD se concentrou na redução da pobreza e coordena as atividades operacionais das Nações Unidas. O UNICEF focou-se nos direitos das crianças e em questões relacionadas à saúde infantil. O UNODCCP atentou-se na prevenção do abuso de drogas e nos temas relacionadas. O UNFPA, por sua vez, encabeçou assuntos populacionais. Outras organizações incluem o Fundo das Nações Unidas para as Mulheres (UNIFEM), que promove a integração de gênero, a Organização para a Agricultura e a Alimentação (FAO), que promove a segurança alimentar, e o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), preocupado com a proteção dos refugiados.

O Programa das Nações Unidas sobre Aids (UNAIDS) colabora com outros membros do grupo temático das Nações Unidas (ONU) sobre HIV / Aids para ampliar as atividades conjuntas. O Banco Mundial despontou como a mais

---

3 “Health debates have moved out of cloistered health departments and the WHO and are regularly a part of G8 and other multilateral meetings. The world economic forum has sponsored deliberations about health issues ranging from HIV/AIDS and vaccines to obesity and tobacco control. The UN Security Council has addressed HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis, the Bill and Melinda Gates Foundation and pharmaceutical companies such as Merck, Pfizer, Novartis, and GlaxoSmithKline play more important roles” (Ruger & Yach 2009).

importante organização intergovernamental trabalhando em questões globais de saúde e protagonista no setor de saúde na África. Desde a década de 1980, o Banco Mundial atua como o maior financiador de questões globais de saúde (Youde, 2012). Ele as integrou às suas atribuições e seu financiamento à saúde provou ser de importância vital para muitos estados africanos. No entanto, as atividades do Banco Mundial na África enfrentam sérias críticas por priorizar uma visão neoliberal e promover o interesse dos financiadores do Banco em relação às necessidades dos países que recebem ajuda. Outras agências regionais, como a União Europeia e o Banco Africano de Desenvolvimento, também aumentaram seu interesse pela África. Por exemplo, a UE e o Governo Federal da Nigéria assinaram um acordo para revitalizar o sistema de Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase especial nos serviços de imunização, especialmente na erradicação da poliomielite. A União Europeia fez uma doação de US\$ 41,4 milhões, em apoio a projetos de água e saneamento assistidos pelo UNICEF na Nigéria (OMS, 2002). Isso representou a maior contribuição da União Europeia para uma agência de desenvolvimento em qualquer parte do mundo.

O cenário pluralista foi enriquecido por um conjunto de organizações híbridas inovadoras e influentes ou Parcerias Globais de Saúde (GHPs), como a GAVI Alliance, que trabalha para melhorar o funcionamento dos mercados globais de commodities para a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tuberculose e malária e o Fundo Global para combater AIDS, Tuberculose e Malária (FGLATM). Sendo dirigidos por representantes de dentro e de fora dos governos nacionais, a lógica original para estabelecer esses GHPs foi focar melhor a assistência à saúde em áreas de negligência percebida e simplificar a arquitetura da ajuda nessas áreas (Dodd, Schieber, Fleisher & Gottret 2007).

O setor de saúde da África tem sido cada vez mais influenciado por decisões tomadas em outras esferas de elaboração de políticas, como as que regem o comércio internacional, a migração e o meio ambiente (Dodd, Schieber, Fleisher & Gottret 2007). Os atores nessas esferas influenciam a saúde, mesmo que esse não seja seu foco principal. Um grande exemplo é a Organização Mundial do Comércio, que moldou as regras domésticas e globais de propriedade intelectual relacionadas aos produtos farmacêuticos, entre outras questões relacionadas sua comercialização.

### **3. As Organizações não-governamentais**

Organizações Internacionais Não Governamentais (OINGs), cada vez mais conhecidas como Organizações da Sociedade Civil (OSCs), fizeram contribuições críticas para o desenvolvimento da saúde na África. Essas OSCs são tipicamente associações voluntárias, não formais e não comerciais de indivíduos, que compartilham algumas causas ou objetivos comuns. Eles incluem missões de igrejas que prestam atendimento a comunidades rurais isoladas e agências

como a Oxfam, o Rotary International e os Médicos sem Fronteiras (Médecins San Frontières), entre outras. A proliferação de atores envolvidos em questões internacionais de saúde levou à difusão de autoridade e a dificuldades crescentes na coordenação de ações. In Africa, CSOs have focused on delivering health services directly. They filled the gaps where government health services were absent or inadequate (Lee 2010). Na África, as OSCs se concentraram em fornecer serviços de saúde diretamente. Elas preencheram as lacunas onde os serviços de saúde do governo estavam ausentes ou inadequados. O surgimento do HIV / AIDS impulsionou grande parte do crescimento das OSC na África e quando os governos se mostraram incapazes ou pouco dispostos a estender os serviços a pessoas HIV positivas, as OSCs vieram à frente na prestação de cuidados.

Historicamente, a Oxfam International se concentrava em fornecer assistência e socorro às pessoas afetadas por desastres. Em 2000, entretanto, a organização mudou seu foco para abordar as causas estruturais da pobreza e da injustiça, particularmente na África. Hoje, a Oxfam International organiza suas atividades em torno de um compromisso com cinco amplas áreas de direitos: o direito a um meio de vida sustentável, o direito a serviços sociais básicos, o direito à vida e à segurança, o direito de ser ouvido e o direito à identidade (Oxfam, 2007). A saúde figura, proeminentemente, no trabalho da Oxfam International em fornecer serviços essenciais e garantir o direito a serviços sociais básicos, à vida e à segurança. Em seu trabalho de advocacia, condenou as desigualdades no acesso a serviços de saúde e produtos farmacêuticos vitais, bem como as regras internacionais de comércio e propriedade intelectual que impedem que os países pobres garantam seu direito à saúde. A Oxfam International também denunciou a comunidade internacional por fornecer serviços de saúde insuficientes, cobrando altas taxas de assistência médica nos países pobres e contando demais com mercado privado. Em relação à provisão direta de serviços, a Oxfam geralmente faz parceria com organizações locais para estabelecer clínicas de saúde e garantir acesso a água potável e saneamento como, por exemplo, o Joint Oxfam HIV / AIDS Project (JOHAP) que trabalha na África do Sul para garantir a prestação de serviços domésticos (Smith 2015), além de também incorporar uma variedade de esforços para promover o desenvolvimento econômico e fornecer um meio de vida para as comunidades afetadas pelo HIV / AIDS.

O Rotary International - clube de serviços com mais de 1 milhão de sócios em todo o mundo - liderou a campanha global de erradicação da pólio. O *Global Polio plus Programme* do Rotary contribuiu com US\$ 688,5 milhões para a luta contra a poliomielite na África (Smith 2015), fornecendo, também, voluntários para vacinar milhões de pessoas na África. Os esforços do Rotary International, trabalhando em conjunto com a OMS, reduziram o número de casos de polio de 350.000 em 1988 para aproximadamente 1.600 em 2009 (Youde 2012, 99). As OSCs religiosas também tiveram um papel importante na redução da propagação

da poliomielite. No norte da Nigéria, espalharam-se rumores de que as vacinas contra a poliomielite esterilizavam meninas muçulmanas e faziam parte de uma conspiração contra os muçulmanos. Através do envolvimento de organizações e líderes religiosos muçulmanos foi possível combater essas alegações, convencendo de que a vacina não esterilizaria as meninas muçulmanas e de que era do interesse das pessoas recebe-las (Kauffman & Feldbaum 2009).

A organização Médicos Sem Fronteiras / Médecins Sans Frontières (MSF) tem atuado ativamente no fornecimento de assistência médica quando ela se faz necessária na África - em conflitos armados, epidemias, desastres naturais e outras situações de crise (Medecins San Frontieres, <http://www.msf.org.za/about-us/where-we-work>). MSF foi particularmente visível durante a luta contra o vírus Ebola na África Ocidental em 2014 com a criação de centros de tratamento e com a prestação de serviços, como apoio psicológico, atividades de promoção da saúde, vigilância e o rastreamento dos contatos dos infectados nos países afetados. (Medicins Sans Frontieres, <http://www.msf.ca/en/ebola>). Continuou as atividades relacionadas ao Ebola administrando clínicas de apoio aos sobreviventes do Ebola e gastando mais de US\$ 15 milhões no combate à epidemia. MSF também administra projetos de longo prazo criados para enfrentar a crise da saúde e apoiar as pessoas que acessam os serviços de saúde.

#### **4.As Organizações filantrópicas**

Atualmente, existem muitas organizações filantrópicas envolvidas com a saúde e com o desembolso de remessas de assistência nessa matéria na África. Exemplos dessas organizações filantrópicas incluem a Fundação Bill e Melinda Gates, a Fundação Bill Clinton, a Fundação Rockefeller e a Wellcome Trust. Essas fundações desempenham um grande papel na África; uma indicação de que os atores filantrópicos privados podem desempenhar um papel significativo para ajudar a moldar as agendas para grandes questões internacionais. Esses atores não estão empurrando outros atores para fora, mas em vez disso, estão entrando em áreas onde os atores estatais falharam amplamente. Na África, a Fundação Bill e Melinda Gates está associada aos esforços para combater a malária e a poliomielite. Um exemplo dos esforços da Fundação Gates para construir parcerias eficazes na Nigéria é o seu financiamento e apoio à erradicação da poliomielite através de órgãos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Rotary International e o Banco Mundial (Gates Foundation, <http://www.gatesfoundation.org/Media-Center/Press-Releases/2012/09/Gates-Foundation-to-Open-Office-in-Abuja>). Em parceria com todas as partes interessadas, a Fundação Gates está comprometida com a implementação do Plano Nacional de Emergência para a Erradicação da Pólio. Outros exemplos incluem doações à Society for Family Health para aperfeiçoar o atendimento a recém-nascidos e a mulheres grávidas



em várias comunidades no nordeste da Nigéria. Sendo essas suas prioridades há vários anos. No entanto, seu trabalho é muito mais abrangente, abordando uma infinidade de desafios na área da saúde.

### **5. A Indústria Privada**

O setor corporativo esteve envolvido em atividades de saúde nas últimas décadas na África. É útil notar que mais de 1000 empresas são membras das Iniciativas Globais de Saúde estabelecidas para aumentar a quantidade e a qualidade dos programas comerciais de combate ao HIV / AIDS, tuberculose e Malária. Tendo como exemplo, empresas como Heineken, Anglo-America e Coca-Cola que introduziram programas de tratamento antirretroviral para seus trabalhadores na África.

## **O Histórico de Envolvimento dos Atores Externos no setor da Saúde na África**

O envolvimento de atores externos no setor da saúde na África remonta à era colonial, precisamente após a Segunda Guerra Mundial. Essa assistência veio principalmente da Organização das Nações Unidas e de suas agências especializadas e foi destinada indiretamente através das várias administrações coloniais. O período pós-guerra testemunhou notáveis avanços no volume de ajuda dos Estados Unidos. Além disso, devido à grande riqueza dos Estados Unidos, grande parte da ajuda proveniente da ONU também vinha dos bolsos americanos que ajudaram a resolver necessidades de saúde na África. Na Nigéria, por exemplo, a mudança de uma estrutura colonial para uma estrutura de assistência técnica levou a um aumento no número de agências, que forneciam auxílio médico internacional à Nigéria (Schram 1971). Os registros disponíveis mostram que, entre 1949 e 1953, a OMS se engajou na luta contra a malária e contra outras doenças no país, alinhada com a forte ofensiva da Organização contra as doenças que causavam sérios danos após a Segunda Guerra Mundial. (Beigbeder 1998). Isso foi possível graças à adesão da Grã-Bretanha como um dos membros fundadores à OMS, após a Segunda Guerra Mundial. No entanto, muito não foi alcançado durante o período porque a soberania nigeriana era nula.

A assistência externa à saúde continuou a fluir para a África na era pós-independência. No entanto, somente na década de 1990 a África começou a experimentar um aumento exponencial no número e na diversidade de atores externos. Esse cenário pode ser atribuído à recessão econômica global, que interrompeu o projeto de desenvolvimento da maioria dos estados africanos. A conquista da independência pelos países africanos coincidiu com o



período em que o planejamento a longo prazo e a direção do Estado foram reconhecidos como o caminho mais promissor para a modernização e o desenvolvimento. Como resultado, a primeira geração de governos africanos se comprometeu a promover um Estado desenvolvimentista (Nkandwire 2001). Os Estados desenvolvimentistas africanos buscaram, durante esse período, intervir para acumular excedentes do setor agrícola e usá-los para atingir a industrialização impulsionada pela substituição de importações (Saul & Leys, 1999), sendo, então, responsável pelas rápidas taxas de crescimento anual experimentadas pelos países africanos durante esse período. Como argumentou adequadamente Thandika Nkandwire, no período entre 1967 e 1980, nada menos que dez países africanos tiveram taxas de crescimento anual superiores a 6%, com Quênia e Nigéria, por exemplo, superando a Malásia e a Indonésia (Nkandwire 2001).

Da mesma forma, os indícios disponíveis também indicam maiores melhorias na saúde da África durante as primeiras décadas de independência, sugerindo que as crises africanas na saúde são de origem mais recente. Curiosamente, entre 1960 e 1980, a maioria dos países africanos fez avanços significativos na extensão da cobertura da assistência médica. Além disso, foram lançadas campanhas em larga escala contra doenças infecciosas específicas, as unidades de saúde foram ampliadas e houve um aumento significativo no número de profissionais de saúde treinados, como, por exemplo, em 1960, a África tropical tinha um médico qualificado para cada 50.000 pessoas; em 1980, esse número se tornou um para cada 20.000. (Illife 1995), tendo o impacto mais significativo sobre as doenças infantis endêmicas.

Esse começo propício em termos de prestação de serviços de saúde foi interrompido pela recessão econômica global na década de 1980. Recorde-se que, no auge do crescimento econômico, a maioria dos países africanos obteve empréstimos de bancos comerciais ocidentais. Infelizmente, a crise econômica na década de 1980 tornou praticamente impossível para a maioria dos países africanos amortizar suas dívidas. Foi na tentativa de conter a crise econômica que a maioria dos países africanos começou a obter empréstimos no mercado internacional de capitais (Banco Mundial e FMI). Isso levou à introdução de Programas de Ajuste Estrutural (PAEs), formulados para assegurar que os países em desenvolvimento, incluindo os africanos emaranhados no endividamento externo, pudessem economizar recursos para cumprir suas obrigações.

A implementação do PAE com sua severa condicionalidade afetou negativamente o setor de saúde e o status de saúde dos africanos (Loewenson 1993). Isso incluiu uma mudança do provisionamento direto pelo governo,

o que implica essencialmente maior dependência de serviços voluntários privados, instituindo uma série de medidas financeiras como introdução de taxas de usuários e contratação para o setor privado como uma maneira de melhorar a eficiência e a satisfação do paciente. Como consequência, os gastos do governo com saúde na África subsaariana caíram de uma média de 6,2% do PIB em 1972 e de 5,3% do PIB em 1982 para 1,6% em 1995. (World Bank 2000). Na Nigéria, por exemplo, os gastos com saúde, como proporção dos gastos do governo federal, diminuíram de uma média de 3,5% no início da década de 1970 para menos de 2% nas décadas de 1980 e 1990 (Ogunbekun, Ogunbekun & Orobatan 1999).

Os sistemas de saúde, por conseguinte, tornaram-se disfuncionais em todo o continente, criando condições quase catastróficas. Mais de 200 milhões de africanos não têm acesso aos serviços de saúde por causa do quase colapso dos serviços hospitalares para tratamento de doenças agudas, caracterizados pela escassez frequente de medicamentos, pela degradação das estruturas físicas e pela evasão de especialistas médicos altamente qualificados, mas desmotivados, levando a propagação das doenças ao descontrole. Os sucessos registrados no início dos anos 1970 foram seguidos, após 1980, por uma grande desaceleração no declínio das taxas de mortalidade. As últimas duas décadas testemunharam o surgimento de novas doenças infecciosas, como a AIDS e o Ebola, e o recrudescimento de velhos flagelos como tuberculose e malária. Consequentemente, houve a erosão da capacidade de praticamente todos os Estados africanos. O fracasso dos Estados levou à externalização da responsabilidade pelos serviços sociais. Christopher Clapham descreveu o cenário como a “ocultação das relações externas com a África”<sup>4</sup> (Clapham 1996) (tradução nossa). A responsabilidade foi assumida, especialmente, por atores externos em toda a África. Em suma, a ajuda externa tornou-se uma parte cada vez mais vital do sistema de saúde africano.

O fim da Guerra Fria e o impacto da globalização deram um novo impulso à assistência externa à saúde na África. Isso pode ser relacionado à crescente importância da saúde na agenda política global. Uma consequência importante desse crescimento é o aumento da frequência com que os estados abordaram questões de saúde por meio de suas políticas externas. A saúde foi conceituada como central para a segurança nacional, para o desenvolvimento econômico e para os direitos humanos. Ademais, a importância da saúde é enfatizada pela redefinição de segurança nacional ao incluir questões de saúde tornado o conceito de segurança em saúde mais relevante para os desafios que os estados enfrentam na era pós-Guerra Fria. As questões de saúde começaram a ser enquadradas como ameaças à segurança em virtude

---

4 “de-stating of external relations with Africa” (Clapham 1996)

de seu impacto negativo na estabilidade econômica e política, tanto dentro dos países quanto fora das fronteiras. Por exemplo, em 2000, o Conselho de Segurança das Nações Unidas adotou uma resolução identificando o HIV / AID como uma ameaça à paz e segurança internacionais (UNSC, <http://www.un.org/docs/scres/2000/sc.2000.htm>). Assim, enfrentar os problemas de saúde nos países em desenvolvimento, incluindo nos africanos, tornou-se uma característica vital das políticas externas de muitos países desenvolvidos.

## Por que a Ênfase na Boa Governança?

Governança é um conceito mais abrangente que governo e refere-se à totalidade das maneiras pelas quais uma sociedade organiza e gerencia coletivamente seus assuntos (UNDP 1997). Governança global é a extensão dessa noção ao cenário internacional (Weiss 2000) que inclui os processos formais e informais que moldam a maneira como lidamos coletivamente questões de importância global, como a saúde pública. A governança global se difere da governança nacional em um aspecto, a ausência de governo central no nível global. A justificativa para o uso de uma lente de boa governança é o reconhecimento de que o desafio de alcançar com a existência dos diversos atores externos no setor de saúde da África atraiu muita atenção. No entanto, pouca atenção foi dada ao problema de salvaguardar a saúde nos processos de governança. Argumentou-se que a boa governança global em saúde deve exibir pelo menos as seguintes características:

1. *Participação* – grau de propriedade e envolvimento que as partes interessadas têm no sistema político
2. *Equidade* – grau em que as regras são aplicadas igualmente a todos
3. *Decência* – grau em que as regras são formadas e implementadas sem prejudicar ou humilhar grupos específicos de pessoas
4. *Responsabilização* – extensão em que aqueles com poderes administrativos são responsáveis e compreensivos com os afetados por suas ações
5. *Sustentabilidade* – extensão em que as necessidades atuais são atendidas
6. *Transparência* – extensão em que as decisões são tomadas de maneira clara e aberta (Hyden, Court & Mease 2003)

No entanto, a realização desses objetivos é dificultada pelos desafios de governança causados pela proliferação de atores envolvidos no setor de saúde da África. Embora essa diversidade possa constituir evidência de que a comunidade internacional leva a sério a saúde global, a proliferação de

atores envolvidos com a governança global da saúde e, principalmente, com o setor de saúde da África, complica a coordenação. Deve-se enfatizar que a Organização Mundial da Saúde outrora dirigiu e coordenou as respostas internacionais às preocupações com a saúde por conta própria, mas essa diversidade de atores demonstra a incapacidade da OMS em coordenar as ações e garantir que os recursos sejam utilizados de maneira eficaz, que os programas não se sobreponham significativamente e que as necessidades locais sejam atendidas. Com a OMS sendo reconhecida como autoridade, a saúde global entre os anos 1950 e 1980 era, em geral, hierárquica. Essa estrutura incluía desde as organizações internacionais que compunham o sistema das Nações Unidas com linhas de autoridade relativamente claras, até os atores regionais e os países em desenvolvimento atendidos.

No entanto, essa estrutura foi completamente desfeita nos anos 1990 devido à entrada de muitos novos participantes na saúde global e à influência de outras forças globais que remodelaram a sociedade humana. Como consequência, a arquitetura global da saúde tornou-se fragmentada, com interações e autoridade dispersas entre as agências de saúde da ONU, o Banco Mundial, filantropos, organizações empresariais, bilaterais e o país atendido. Ilona Kickbusch e Kent Buse capturaram a natureza dramática dessa mudança quando escreveram que:

Ao longo dos anos 1990, [...] o número de instituições e organizações com interesse e impacto sobre a saúde cresceram exponencialmente, mas se tornou cada vez mais fragmentado. O cenário internacional da saúde pública passou a incluir agências globais e regionais, incluindo os bancos regionais de desenvolvimento da União Europeia (UE), as numerosas organizações não-governamentais nacionais e internacionais (ONGs). A OMS deixou de desempenhar um papel de liderança e tornou-se um participante dentre tantos outros<sup>5</sup> (Kickbusch & Buse 2005) (tradução nossa).

Uma implicação clara desse novo desenvolvimento é que muitos atores não estão sujeitos às regras do passado. Essa mudança foi desorientadora para um setor há muito acostumado a regras e práticas estabelecidas. Os novos atores forjaram suas próprias práticas e criaram relacionamentos com outras organizações e governos, comunicando-se e coordenando-se

---

<sup>5</sup> Throughout the 1990s...the number of institutions and organisations with an interesting, and impact upon, health grew exponentially but became increasingly fragmented. The international public health scene came to comprise both global and regional agencies, including the regional development banks the European Union (EU), the numerous national and international nongovernmental organisations (NGOs). WHO no longer played a leadership role and had become one player among many (Kickbusch & Buse 2005)

entre si ao invés de operar hierarquicamente através dos atores regionais tradicionais e da OMS. Na prática, os doadores funcionam frequentemente como competidores. Devido às relações cada vez mais fragmentadas entre esses atores internacionais de saúde e ao declínio da autoridade da OMS, não está mais claro onde as decisões estratégicas e de governança gerais devem ser tomadas. Walt, argumentou que:

Embora esse pluralismo de atividades e parcerias tenha elevado o status da saúde na agenda de políticas e alterado o equilíbrio de poder, também levou a preocupações sobre a sobreposição de atribuições, concorrência, duplicação de atividades de saúde, coordenação deficiente e, mais recentemente, sobre problemas de governança<sup>6</sup> (Walt, Buse & Harmer 2012) (tradução nossa).

Assim, na ausência de autoridade clara, a política está sendo decidida ad hoc por várias organizações. Por exemplo, desde o final dos anos 90, o Fórum Econômico Mundial desempenhou um papel significativo na tentativa de definir a agenda da saúde e lançou muitas novas iniciativas, como a Parceria para o Desenvolvimento de Produtos (Rosenburg, Hayes, McIntyre & Neil 2010), compondo, assim, a elaboração de políticas nacionais em países africanos. É desconcertante notar que o panorama contemporâneo da saúde ainda se caracteriza por fragmentação, falta de coordenação e até confusão.

Existe um descolamento entre as questões que os atores externos e os destinatários africanos priorizam. Embora a atenção a doenças específicas tenha tido um aumento muito necessário com a assistência externa à saúde, essa prioridade não está necessariamente alinhada com o plano geral para o setor de saúde dos governos dos países destinatários. Em Ruanda, por exemplo, os doadores destinaram US\$ 46 milhões ao combate ao HIV / AIDS em 2005, quando o país tinha uma taxa de incidência de 3% e apenas US\$ 18,3 milhões ao combate à malária, que foi a maior causa de mortalidade (Ntawukuliriyayo 2006). Da mesma forma, uma parcela significativa da ajuda à saúde está ligada, em muitos casos, a metas numéricas de curto prazo, como aumentar o número de pessoas que recebem medicamentos específicos, diminuir o número de mulheres grávidas diagnosticadas com HIV ou aumentar o número de mosquiteiros distribuídos a crianças para bloquear os mosquitos portadores de doenças. Essas metas tendem a ser de “cima para baixo” por natureza e são amplamente orientados pelas agendas dos doadores,

---

6 “While this pluralism of activity and partnership has raised the status of health on the policy agenda and changed the balance of power, it has also led to concerns about overlapping mandates, competition, duplication of health activities, poor coordination and more recently about issues of governance” (Walt, Buse & Harmer 2012)

e não pelas necessidades e prioridades do país. Essa prática hierarquizada tende a refletir mais os interesses dos doadores do que as necessidades dos beneficiários. Garret descreve essa situação claramente:

De uma perspectiva operacional, isso significa que um governo pode receber fundos consideráveis para sustentar, por exemplo, um programa de distribuição de antirretrovirais para mães e crianças que vivem na capital do país. Mas o mesmo governo pode não ter capacidade financeira para apoiar o programa básico de saúde materna e infantil, na mesma capital ou no país como um todo. Por isso, mães soropositivas recebem medicamentos para conter a infecção e impedir a passagem do vírus para seus bebês, mas ainda não conseguem obter os cuidados mais rudimentares de cuidado obstétrico e ginecológicos ou a imunização infantil<sup>7</sup> (Garret 2007, 22) (tradução nossa).

Além disso, muitas das iniciativas também carecem de mecanismos de responsabilização, transparência e avaliação na maneira como operam no país. Elas se concentram no resultado a curto prazo, levantando assim uma questão real sobre a posterior sustentabilidade. Poucos doadores entenderam o fato de que seria necessária pelo menos uma geração inteira para melhorar substancialmente a saúde pública e que o esforço deveria se concentrar menos em doenças específicas e mais em medidas amplas que afetam o bem-estar geral das populações.

A experiência americana com a assistência externa à saúde sofre com vários problemas. Um grande problema da assistência externa à saúde dos EUA é a falta de coordenação entre as várias agências que operam no país, bem como com outros doadores. Embora os EUA endossem a Declaração de Paris sobre AIDS e a eficácia da ajuda externa, é desconcertante notar que, no que diz respeito à harmonização das assistências, pouco ou nenhum progresso foi feito. Esse esforço descoordenado resultou na fragmentação da saúde pública e dos sistemas de saúde na África. Além disso, a ajuda dos EUA está ligada, em muitos casos, a metas numéricas de curto prazo, como aumentar o número de pessoas que recebem medicamentos específicos, diminuir o número de mulheres grávidas diagnosticadas com HIV ou aumentar o número de

---

7 “From an operational perspective, this means that a government may receive considerable fund to support, for example, an ARV-distribution program for mothers and children living in the nation’s capital. But the same government may have no financial capacity to support basic maternal and infant health programme, either in the same capital or in the country as a whole. So HIV-positive mothers are given drugs to hold their infection at bay and prevent passage of the virus to their babies but still cannot obtain even the most rudimentary of obstetric and gynaecological care or infant immunisation” (Garret 2007, 22)

mosquiteiros distribuídos a crianças para bloquear os mosquitos portadores de doenças. Essas metas tendem a ser de “cima para baixo” por natureza e são amplamente orientados pelas agendas dos EUA, e não pelas necessidades e prioridades do país beneficiário. Uma forte ênfase em resultados mensuráveis e o potencial de penalização financeira, se os resultados não forem alcançados, podem ter efeitos negativos na sustentabilidade e no estabelecimento de metas apropriadas. Por exemplo, em 2007, durante a conferência da President Malaria Initiative (PMI) na Tanzânia, ficou claro para os parceiros de implementação que seria difícil convencer o Congresso a autorizar a verba dos anos seguintes se eles não pudessem apresentar bons resultados para o presente ano, mesmo quando se reconhecesse que muitas das intervenções necessárias levariam um ano para mostrar efeito (Global Health Watch 2007). Ademais, o alto número de doadores presentes na saúde, o grande número de programas de saúde separados e o alto volume de recursos podem criar custos de transação significativos para o governo.

Parte do problema também é que nem todos os recursos apropriados acabam sendo gastos efetivamente. Um relatório do Banco Mundial de 2006 estimou que cerca de metade de todos os recursos doados para esforços de saúde na África Subsaariana nunca chegaram às clínicas e hospitais no final da linha (World Bank 2006). De acordo com o banco, o dinheiro escapa na forma de pagamentos a funcionários fantasmas, de preços exagerados para armazenagem, do desvio de remédios para o mercado negro e da venda de medicamentos falsificados e potencialmente perigosos.

Um impacto negativo desse cenário é a “fuga de cérebros”, manifestada pela perda de profissionais de saúde do setor público para iniciativas mais bem financiadas e ONGs que oferecem melhor remuneração. Muitas dessas iniciativas representam um sério fardo para as capacidades dos países de absorver a ajuda à saúde e, em vez de representarem contribuições chave para uma mudança duradoura, os fundos estão simplesmente alimentando uma “indústria da ajuda” de assistência fragmentada (Angemi, Oyuji, Aziz & Kyamukama 2017). Isso tornou difícil para a maioria dos governos africanos buscar estratégias nacionais consistentes para desenvolver seus sistemas de saúde.

## Do Compromisso à Ação

A tentativa de institucionalizar a boa governança para garantir a efetividade da assistência à saúde encontrou sua primeira articulação na Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda externa em 2005 e reafirmada na Plano de Ação de Acra de 2008 e na Declaração de Busan de 2011. A Declaração



de Paris refletiu experiências de várias décadas frustradas de assistência, o que levou os financiadores a concluir que o desenvolvimento sustentável depende principalmente dos esforços do Estado (e não do nível internacional ou subnacional) e que a ajuda precisa se concentrar em facilitar os esforços dos países, e não em tentar substituí-los. A saúde global foi afetada pela Agenda de Paris/Accra e ambas demandam a coordenação a nível nacional.

Vale a pena mencionar alguns processos relevantes para a agenda de harmonização e alinhamento. Um desses processos é o acordo dos ‘Três Pontos’ promovido pela UNAIDS que visa implementar uma estrutura de ação credenciada em resposta ao HIV e a AIDS, uma autoridade nacional de coordenação para a AIDS e um sistema nacional credenciado de controle e avaliação (World Bank/WHO 2006). Várias agências, incluindo UNAIDS, FGLATM, doadores bilaterais e outras agências internacionais concordaram com a harmonização e alinhamento no que diz respeito ao HIV / AIDS através do conceito dos ‘Três Pontos’. Os ‘Três Pontos’ são uma resposta às críticas, particularmente africanas, de que a assistência em relação ao HIV / AIDS carecia de coerência. A diversidade de rotas e de fontes de assistência técnica e financeira para o HIV/aids está sobrecarregando a capacidade local, gerando enormes custos de transação e distorcendo a distribuição de recursos humanos, à medida que o corpo técnico é atraído dos serviços nacionais para projetos financiados externamente. Posteriormente foram tomadas ações pela Equipa Tarefa Global para uma melhor Coordenação da SIDA (GTT) junto às instituições multilaterais e aso doadores internacionais. Em junho de 2005, a GTT foi estabelecida, com planos para coordenar ainda mais a resposta ao HIV / AIDS. Essa recomendou especificamente uma ferramenta de responsabilização no estilo de pontuação para examinar o desempenho dos parceiros nacionais na criação de uma resposta forte ao HIV/aids e dos parceiros internacionais na disponibilização de apoio de acordo com suas recomendações.

Outro processo é o estabelecimento de novos e inovadores mecanismos de financiamento. Mecanismos inovadores de financiamento buscam suprir as deficiências de ajuda e as falhas no fornecimento de bens públicos globais para a saúde. Esses mecanismos de financiamento inovadores incluem; o Fundo de Financiamento Internacional para a Imunização (IFFIm), concebido para acelerar a disponibilidade e aumentar a previsibilidade dos recursos a serem utilizados em programas de saúde e imunização; o Compromisso Antecipado de Mercado (AMC) para vacinas que é um compromisso financeiro dos doadores para subsidiar a futura compra de uma vacina ainda não disponível, se essa vacina apropriada for desenvolvida e se ela for exigida pelos países em desenvolvimento; e UNITAID, anteriormente conhecida como International

Drug Purchase Facility, um financiamento através de um imposto sobre passagens aéreas que foi projetado para fornecer financiamento previsível e de longo prazo para medicamentos e kits de diagnóstico para o combate ao HIV/Aids, à tuberculose e à malária, sendo distribuído através de instituições existentes como o FGLATM e que tem como objetivo garantir o acesso de longo prazo a medicamentos e commodities de alta qualidade, bem como aumentar e diversificar as produções e baixar os preços.

A Organização Mundial da Saúde tem feito várias tentativas de coordenação, sendo um dos principais atores na convocação para a Parceria Internacional para a Saúde e para iniciativas relacionadas. Uma iniciativa anterior para estabelecer uma melhor coordenação e alinhamento das iniciativas globais de saúde denominada “*Health 8*” (H-8) foi estendida à Parceria Internacional para a Saúde (IHP). O “*Health 8*” refere-se ao grupo das oito principais agências relacionadas à saúde OMS, Banco Mundial, GAVI, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, Fundo Global para combater AIDS, Tuberculose e Malária e a Fundação Bill e Melinda Gates, que se reúnem informalmente para discutir formas de ampliar serviços e melhorar os resultados dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde. A IHP+ é uma “tentativa de reunir 23 países, 13 organizações e a sociedade civil para trabalharem em parceria para melhorar os resultados em saúde através de um único pacto harmonizado interno ao país, em que os parceiros de desenvolvimento trabalham no contexto dos mecanismos existentes dentro do país por meio de um plano nacional de saúde orientado para resultados de custo individual, com o objetivo de aumentar a cobertura efetiva como forma de atingir as metas estabelecidas pelo Objetivo de Desenvolvimento do Milênio relacionado à saúde (Gostin & Amok 2009).

Em termos financeiros, o IHP + lançou um Equipe de Trabalho de Alto Nível sobre Financiamento Inovador para o Sistema de Saúde com o governo do Reino Unido comprometendo uma contribuição de 500 milhões de euros (Sridlar, Khagram & Pang 2009). O IHP+ foi um esforço louvável de coordenação e responsabilização, bem como de maior protagonismo dos países. Contudo, no presente estágio, não há evidência suficiente para julgar o sucesso do IHP+, mas a natureza focada de suas iniciativas suscita preocupações sobre como se coordenaria com outras iniciativas de saúde não pertencentes ao IHP+, bem como sobre como abordaria adequadamente as preocupações dos países em desenvolvimento. A OMS também chegou ao ponto de estabelecer uma política institucional clara sobre as interações público-privadas para orientar os funcionários sobre como gerenciar essas interações, de maneira aproximada (Ritcher 2004). Na Nigéria, por exemplo, uma inovação específica do setor de saúde e defendida pela OMS foi a criação

do Comitê Interagencial de Saúde (ICC/ICH nas siglas em inglês) ampliado, formado por todos os parceiros em saúde. (WHO 2002). O Ministro da Saúde do país é o presidente deste comitê. O ICC também realizou reuniões com os governadores estaduais. Com participação ativa e apoio da OMS, algumas plataformas de coordenação foram desenvolvidas e fortalecidas para garantir uma reforma bem-sucedida do setor de saúde no país. Há variedades destas plataformas de coordenação, entre as quais se destacam o Comitê de Coordenação Interagências para erradicação da poliomielite e imunização de rotina; o Fórum dos Sistemas de Saúde; a Parceria contra a malária; a Parceria integrada de Saúde Materna, Neonatal e Infantil (IMNCH na sigla em inglês); Mecanismo de Coordenação Nacional (CCM na sigla em inglês) das atividades do Fundo Global, sendo o último o mais importante. O Documento de 2002 do Quadro do Fundo Global destacou a necessidade de um compromisso nacional com abordagens multissetoriais que incluísse uma função de coordenação que seria de um órgão preferencialmente existente, e onde não existisse um órgão apropriado, deveria ser estabelecido um Mecanismo de Coordenação Nacional. O CCM é a entidade ao nível nacional do Fundo Global para fornecer as principais funções de governança. As funções do CCM incluem: coordenar a apresentação de uma proposta nacional de financiamento; selecionar uma ou mais organizações apropriadas para atuar como as Principais Beneficiárias; acompanhar a implementação das atividades dos programas aprovados pelo Fundo Global, incluindo a autorização para grandes mudanças nos planos de implementação, caso necessário; avaliar o desempenho das Principais Beneficiárias na implementação de um programa e apresentar um pedido de continuidade do financiamento antes do final dos dois anos de financiamento inicialmente aprovados pelo Fundo Global; e assegurar a articulação e a coerência entre a assistência do Fundo Global e outros programas de desenvolvimento e assistência à saúde em apoio às prioridades nacionais, tais como estratégias de redução da pobreza ou abordagens setoriais (Dickinson & Druce 2010).

Desde a sua criação, o CCM Nigéria conseguiu a aprovação de financiamentos do FGLATM no valor de US\$ 500 milhões. A estrutura atual do CCM Nigéria consiste em três comitês: Comitê Executivo, Comitê de Supervisão e Comitê de Mobilização de Recursos. A OMS fornece suporte técnico para esses comitês, adotando o conceito dos 'três pontos' - um plano, um órgão de coordenação e um sistema controle e avaliação - como base para apoiar a implementação das atividades (WHO 2008).

Sob a liderança da ICC, OMS, UNICEF e outros parceiros desenvolveu-se um modelo de coordenação operacional para o Programa Nacional de Imunização, para a Tuberculose, combate à malária, para o Programa Africano

de Controle da Oncocercose e para o HIV/AIDS. Em alguns estados, parceiros como o Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido, a Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional, sistema das Nações Unidas, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional e o Banco Mundial trabalharam sob a liderança dos governos estaduais para o que poderia ser descrito como uma abordagem de saúde englobando todo o setor.

## Conclusão

Mostramos neste artigo que os desafios da governança (em relação às atividades de atores externos) constituem um sério obstáculo à obtenção de melhores resultados para a saúde na África. Sem dúvida, a assistência externa à saúde é necessária para complementar o financiamento público e privado para a saúde na África, que continua a ser extremamente baixa em comparação com as metas. Uma variedade de mecanismos globais de ajuda tem surgido nos últimos anos, muitos dos quais visam melhorar a coordenação entre doadores e aumentar a eficácia dos gastos desses. Entretanto, ainda existem desafios associados à assistência externa para a saúde, tais como os financiamentos intervencionistas orientados a doenças específicas e o descompasso com as prioridades do país.

Assim, dada a falta de coordenação e responsabilização entre inúmeras iniciativas de saúde, Garret argumenta que a única organização com credibilidade política para exigir um pensamento cooperativo é a Organização Mundial da Saúde (Garret 2007, 22). Isto porque a OMS tem a responsabilidade, como autoridade de saúde primária no mundo, de salvaguardar o interesse público na saúde global. É também a única entidade legítima para estabelecer uma agenda central para governar a saúde global. Portanto, a proposta de Lawrence Gostin é particularmente instrutiva neste ponto. Ele propôs que a OMS aproveitasse ao máximo suas capacidades de elaboração de tratados e estabelecesse uma Convenção-Quadro sobre Saúde Global que vincule todas as principais partes interessadas nos objetivos de capacitação, no estabelecimento de prioridades, na coordenação de atividades e no monitoramento do progresso (Gostin 2007). Os estados membros da OMS deveriam, então, apoiar a organização no exercício desta função.

Os Estados africanos só podem maximizar seus ganhos com a assistência externa à saúde se assumirem a liderança na coordenação das atividades de saúde nos seus países em um contexto de um plano nacional de saúde abrangente. Até o momento, a experiência de Ruanda dá sustentação a esta visão. O setor de saúde de Ruanda é dominado pelo auxílio de projetos de doadores, com esses doadores contribuindo com 43% de todo o

financiamento do setor de saúde e o governo com 32% e com os outros 25% de despesas pessoais. Ao contrário de muitos países africanos onde assistência dos doadores contribui para a verticalização e fragmentação dos serviços, o Ministério da Saúde ruandês conseguiu orientar os doadores a alinharem suas contribuições com as políticas nacionais através de um estudo de identificação desses doadores e de um custeio sistemático do plano estratégico do setor de saúde. Anualmente todos os doadores se reúnem com o governo para avaliar o progresso alcançado e planejar atividades futuras. Como resultado, Ruanda se tornou o único país africano com cobertura de saúde quase universal e com taxas de imunização de 95% que estão entre as mais altas da África Subsaariana. Os usuários de mosquiteiros aumentaram de 4% para 70% da população entre 2004 e 2007. Ruanda está experimentando um progresso impressionante em saúde, como supracitado. A taxa de mortalidade infantil caiu de 107 por 1000 nascidos vivos em 2000 para 62 por 1000 nascidos vivos em 2007. Da mesma forma, a mortalidade de menores de cinco anos caiu de aproximadamente 170 para 103 por 1.000 nascidos vivos (Paulin, Sekabaraga & Soucat 2008).

Em última análise, a disseminação de novos mecanismos de ajuda não deve diminuir o compromisso dos governos africanos de financiar a saúde de seus cidadãos. Isto porque a prestação de cuidados de saúde é principalmente uma responsabilidade nacional. Os países africanos devem a seus cidadãos um pacote abrangente de bens e serviços essenciais de saúde sob suas obrigações de respeitar, proteger e cumprir o direito humano à saúde.

## REFERÊNCIAS

- Angemi, D., Oyugi, J., Aziz, I., & Kyamukama, T. (2007, April 25). *The money flows, the boy dies*. Retrieved from New York Times: [http://www.ny-times.com/2007/04/25/opinion/25iht-eduganda.1.5434513.html?\\_r=0](http://www.ny-times.com/2007/04/25/opinion/25iht-eduganda.1.5434513.html?_r=0)
- Beigbeder, Y. (1998). *The World Health Organisation*. London: Martinus Nijhoff.
- Clapham, C. (1996). *Africa and the International System: The Politics of State Survival*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dickinson, C., & Druce, N. (2010). 'Integrating Country Coordinating Mechanisms with Existing National AIDS Structures: Emerging Issues and Future Directions. *Global Health Governance*, vol. 4, no.1, 1-12.
- Dodd, R., Shieber, G., Fliesher, L., & Gottret, P. (2007). *Aid Effectiveness and*

*Health*. Geneva: WHO.

Fidler, D. (2005). *Health and Foreign Policy: A Conceptual Overview*. London: Nuffield Trust.

Garrett, L. (2007). The Challenge of Global Health. *Foreign Affairs*, 86, 1, 14-38.

Gates Foundation. (2012, September 12). *Gates Foundation to open Office in Abuja*. Retrieved from <http://www.gatesfoundation.org/Media-Center/Press-Releases/2012/09/Gates-Foundation-to-Open-Office-in-Abuja>

Global Health Watch 2. (2007). *An Alternative World Health Report*. London: Zed Books.

Gostin, L. (2007). A Proposal for a Framework Convention on Global Health. *Journal of International Economic Law*, 10, 4, 989-1008.

Gostin, L., & Amok, E. (2009). Grand Challenges in Global Health Governance. *British Medical Journal*, 90, 7-18.

Hyden, G., Court, J., & Mease, K. (2003). *Making Sense of Governance: The Need for involving Stakeholders*. London: Overseas Development Institute.

Illiffe, J. (1995). *Africans; The History of a Continent*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kaufmann, J., & Feldbaum, H. (2009). Diplomacy and Polio Immunisation Boycott in Northern Nigeria. *Health affairs*, 28, 4, 1091-1101.

Kickbusch, I., & Buse, K. (2005). Global Influences and Global Responses: International Health at the Turn of the Twenty-First Century. In M. Merson, R. Black, & A. Mills, *International Public Health: Disease, Systems and Policies* (pp. 701-733). Massachusetts: Jones and Barlett.

Lee, K. (2010). Civil Society Organisations and the functions of Global Health Governance: what role within intergovernmental organisations? *Global Health Governance*, 3, 2, 1-20.

Loewenson, R. (1993). Structural Adjustment and Health Policy in Africa. *International Journal of Health Services*, 717-730.

McColl, K. (2008). Europe told to Deliver More Aid for Health. *Lancet* 37, 9630, 2072-2073.

Medicins Sans Frontieres. (2015, January 12). *Ebola*. Retrieved from <http://www.msf.ca/en/ebola>

Medicins Sans Frontieres. (2016, August 4). *Where we Work*. Retrieved from <http://www.msf.org.za/about-us/where-we-work>

Nkandwire, T. (2001). Thinking about Development States in Africa. *Cam-*

- bridge Journal of Economics*, 289-314.
- Ntawukulirayo, J. (2006, June). *Scaling Up to Reach the Health MDGs in Rwanda*. Presentation Delivered at the Follow-on Meeting to the Post-High-Level Meeting on the Health MDGs. Tunis, Tunisia.
- OECD. (2011). *Mapping of Some Important Innovative Finance for Development Mechanisms*. OECD Working Party on Statistics. Paris: OECD.
- Ogunbekun, I., Ogunbekun, A., & Orobatan, N. (1999). Private Health Care in Nigeria: Walking the Tightrope. *Health Policy and Planning*, 174-178.
- Oxfam International. (2007). *Oxfam International Report 2007*. Oxfam International: Oxford.
- Oxfam International. (2009). *Oxfam International Report 2008/2009*. Oxford: Oxfam International.
- Ravishanka, N. (2009). Financing Global Health 2009: Tracking Development Assistance for Health from 1990 to 2007. *Lancet*, 373, 9681, 2113-2124.
- Ritcher, J. (2004). *Public-Private Partnerships and International Health Public Policy Making: How can Public Interest be Safeguarded*. Healsinke: Hakapaino.
- Rosenburg, R., Hayes, E., McIntyre, M., & Neill, N. (2010). *Real Collaboration*. New York: University of California Press.
- Ruger, J. (2007). Global Health Governance and the World Bank. *Lancet*, 370, 9597, 1471-1474.
- Ruger, J., & Yach, D. (2009). The Global Role of the World Health Organisation. *Global Health Governance*, vol.11, no. 2, 1-10.
- Saul, J., & Leys, C. (1999, July/August). Sub-Saharan Africa in Global Capitalism. *Monthly Review*.
- Schram, R. (1971). *A History of Nigerian Health Services*. Ibadan: Ibadan University Press.
- Six, C. (2009). The Rise of Postcolonial States as Donors: a challenge to the development paradigm? *Third World Quarterly*, vol.30, No.6, 1103-1121.
- Smith, D. (2015, August 11). *Africa's year free of polio is giant step towards eradication*. Retrieved from <http://www.theguardian.com/global-development/2015/aug/11/africa-year-free-polio-giant-step-towards-eradication>
- Sridlar, D., Khagram, S., & Pang, T. (2009). Are Existing Governance Structures Equipped to Deal with Today's Global Health Challenges: To



wards a Systematic Coherence in Scaling Up. *Global Health Governance*, 1-20.

United Nations Security Council. (2000). *United Nations Security Council Resolution 1308.S/RES/1308*. Retrieved from <http://www.un.org/docs/scres/2000/sc.2000.htm>

USAID. (2008). *Health Financing in Africa Today: Challenges and Opportunities*. Washington: USAID.

Walt, G., Buse, K., & Harmer, A. (2012). Cooperation in Global Health. In M. B. Merson, & A. Mills, *Global Health: Diseases, Programs, Systems and Policies* (pp. 853-884). Massachusetts: Jones and Bartlett Learning.

WHO. (2008). *WHO Country Cooperation Strategy, 2008-2014*. Brazaville: WHO.

WHO,. (2002). *WHO Country Cooperation Strategy: Federal Republic of Nigeria, 2002-2007*. Retrieved from [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccs\\_nga\\_en.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_nga_en.pdf)

World Bank. (2000). *World Development Report*. Washington: World Bank.

World Bank. (2006). *World Bank Report 2006*. Washington: World Bank.

World Bank/WHO. (2006, December 4). *Aid Effectiveness in Health (Contribution to the Global Forum on Development; Pre-meeting on Aid Effectiveness in Health)*. Retrieved from <http://www.oecd.org/dataoecd/53/50/37705728.pdf>

Youde, J. (2012). *Global Health Governance*. Cambridge: Polity.

## RESUMO

O programa de ajuste estrutural imposto pelo Banco Mundial e pelo FMI diante da grave crise econômica enfrentada pelos países africanos durante a década de 1980 resultou em severos cortes nas despesas dos Estados com serviços sociais, incluindo gastos com saúde. O fracasso dos Estados em prover os serviços sociais levou à externalização da responsabilidade pela saúde e à proliferação de atores que trabalham no campo da saúde em todo o continente. Apesar das consequências positivas e negativas dessa expansão, o debate sobre o papel dos atores externos na prestação de serviços de saúde na África se concentrou amplamente no grau em que eles deveriam participar, negligenciando a ênfase em como eles participam, sob quais condições e com quais consequências. Utilizando técnicas de dados qualitativas, este artigo examina o envolvimento de atores externos na prestação de serviços de saúde na África, ilustrando a natureza, o padrão, as dimensões e a dinâmica de tais compromissos no contexto de preocupações populares com a boa governança. Constatou-se que os desafios da governança constituem um sério obstáculo para melhores resultados de saúde na África. Considera-se que os Estados africanos só podem maximizar seus ganhos com a assistência externa à saúde se assumirem a liderança na coordenação das atividades de saúde nos seus países no contexto de um plano nacional de saúde abrangente.

## PALAVRAS-CHAVE

Atores Externos; Boa Governança; Saúde; África; Assistência.

*Recebido em 17 de abril de 2019*

*Aprovado em 22 de dezembro de 2019*

*Traduzido por Felipe Werner Samuel*